

DES
HERNIES OMBILICALES CONGÉNITALES
DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE REY

Né le 15 Janvier 1865, à Saint-Etienne (Loire)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matère médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		X.
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agré.
Accouchements.	POLLOSSON,	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. AUGACNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BOUVEAULT,
DEROIDE.	LINOSSIER.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEVIG.	PERRET.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. POLLOSSON et JABOULAY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545927_0048

INTRODUCTION

Bien que, parmi toutes les variétés de tumeurs herniaires, les hernies ombilicales, comme le prouvent des statistiques récentes, soient les moins fréquentes, il n'en est pas moins vrai que ce sont peut-être celles qui, malgré leur rareté relative, ont le plus préoccupé les chirurgiens.

En effet, depuis le moment où, pour la première fois, les auteurs se sont occupés de l'étude des hernies ombilicales, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, jusqu'à nos jours, la question de savoir quels étaient le trajet, le point de sortie et les enveloppes de la hernie, a donné lieu à un nombre d'opinions si considérable, que l'on avait peine à s'expliquer une pareille divergence dans les idées de maîtres tous compétents.

Ce n'est guère que depuis les travaux d'A. Cooper que

les auteurs se sont presque mis d'accord sur ces questions, et ont adopté une classification à peu près uniforme des hernies ombilicales.

Nous disons, à peu près, car malgré tout la question est encore loin d'être définitivement tranchée, et soit au point de vue du trajet, soit au point de vue du mécanisme de la formation de ces hernies, les opinions sont encore nombreuses.

Aussi, est-ce sous l'inspiration de M. le professeur agrégé Jaboulay, que nous avons essayé de montrer dans notre travail, que la classification actuelle des hernies ombilicales était incomplète, et qu'à côté des variétés aujourd'hui admises, il en existait une non classée encore, ou plutôt une qui se séparait des autres par son étiologie et son trajet constant, et que, suivant nous, on ne saurait ranger dans les catégories classiques des hernies ombilicales.

En un mot, par analogie avec les hernies inguinales congénitales, qui se forment jusqu'à l'âge de 30 ou 35 ans, par suite de la persistance du canal vagino-péritonéal, nous proposerons, avec M. le professeur Jaboulay, de donner à cette variété de hernie qui fera l'objet de notre thèse, le nom de hernie *ombilicale congénitale de l'adolescent et de l'adulte*, car elle a, comme nous tâcherons de le faire voir plus loin, beaucoup de points communs avec la hernie inguinale congénitale, soit au point de vue anatomique, soit au point de vue du mécanisme de

sa production, et nous croyons qu'elle mérite une place à part dans la classification des hernies ombilicales.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis tout d'abord, d'adresser ici à M. le professeur agrégé Jaboulay, chirurgien major désigné de l'Hôtel-Dieu, l'expression de toute notre reconnaissance, car c'est sous son inspiration que nous avons entrepris ce modeste travail, et c'est à ses excellents conseils que nous devons de l'avoir mené à bonne fin.

Qu'il nous soit permis aussi de témoigner notre profonde gratitude à M. le professeur Fochier qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous adressons aussi nos plus sincères remerciements à M. le professeur agrégé Condamin qui a bien voulu nous autoriser à puiser dans un de ses derniers travaux les matériaux qui nous étaient nécessaires.

Nous diviserons notre étude en quatre chapitres :

Dans un premier chapitre, nous étudierons l'anatomie topographique de la région, en mentionnant les idées différentes des auteurs au sujet de certains points de la question.

Dans un deuxième chapitre, nous ferons rapidement l'historique de notre sujet au point de vue anatomo-pathologique.

Dans un troisième chapitre, nous parlerons de l'étiologie, de la symptomatologie et des complications qui peuvent

survenir dans les hernies ombilicales congénitales de l'adulte.

Enfin, dans le quatrième chapitre, nous indiquerons quel est, suivant nous, le mode de traitement à suivre, en nous appuyant sur le résultat obtenu par l'application de ce mode de traitement, dans un cas de hernie congénitale de l'adulte, qui nous a été communiqué par M. Jaboulay.

DES
HERNIES OMBILICALES CONGÉNITALES
DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE

CHAPITRE PREMIER

I

On comprend généralement, sous le nom de hernie ombilicale, toute tumeur en rapport avec l'ombilic et contenant dans son intérieur un ou plusieurs des viscères de l'abdomen (Duplay).

La division, ordinairement adoptée dans tous les traités classiques, des hernies ombilicales en hernies *congénitales* et en hernies *acquises* est aujourd'hui généralement admise, et voici quelle est la classification que donnent les auteurs des hernies ombilicales :

- 1° Hernie ombilicale, congénitale, embryonnaire.
- 2° Hernie ombilicale, congénitale, fœtale.
- 3° Hernie ombilicale, acquise, des enfants et des adultes.

Cette classification nous paraît être incomplète, car nous voudrions y voir figurer une variété de hernie que nous

ne pouvons ranger parmi les trois catégories actuellement admises.

En effet, les hernies ombilicales des adultes présentent deux grandes variétés, suivant le moment de leur apparition ; les unes sont des hernies de l'enfance qui n'ont pas suivi leur évolution ordinaire, c'est-à-dire qui ne se sont pas terminées par la guérison pendant le premier âge ou l'adolescence : celles-ci, nous ne ferons que les signaler.

Mais, à côté d'elles, il en existe un autre genre se produisant après la formation complète de la cicatrice ombilicale, et c'est dans ce groupe que nous placerons la hernie que nous voulons étudier.

Nous voulons parler de ce genre de hernie ombilicale, survenant chez les adultes, et surtout jusqu'à l'âge de trente-cinq ans, hernie assez rare à la vérité, mais n'en existant pas moins, et se produisant par un *mécanisme de force*, au lieu que la plupart des hernies classées dans la catégorie des hernies de l'adulte sont des *hernies de faiblesse* survenant surtout chez les vieillards, les femmes, et chez ces dernières, principalement à la suite de couches.

Ainsi, à ces trois catégories de hernies, nous serions donc d'avis d'en ajouter une quatrième qui se produirait chez l'adulte, et que nous désignerions sous le nom de *hernie ombilicale congénitale de l'adolescent et de l'adulte*. Voici pourquoi :

Si nous nous rapportons à la classification des hernies inguinales, nous verrons qu'on distingue parmi elles, les hernies accidentelles ou acquises (hernies à canal fermé, de beaucoup les plus fréquentes, et qui sont produites, soit par le mécanisme de la force, mais plus souvent par celui de la faiblesse), et que d'autre part on entend par hernie

inguinale congénitale, hernie à canal ouvert, toute hernie se produisant à la faveur d'une disposition anatomique fœtale, congénitale, du trajet inguinal, disposition qui n'est autre chose que la persistance plus ou moins complète du canal vagino-péritonéal.

De même pour les hernies ombilicales, nous pensons qu'à côté des hernies ombilicales congénitales, embryonnaires ou fœtales, qui sont plutôt des éventrations dues à un arrêt ou développement plus ou moins complet des parois abdominales, et des hernies ombilicales de l'adulte qui sont le plus souvent des hernies de faiblesse, que l'on rencontre surtout chez les femmes ayant eu des grossesses, chez des sujets obèses dont les parois abdominales sont distendues ou chez des vieillards dont les téguments ont perdu de leur résistance, nous pensons qu'il y a place pour une quatrième variété de hernie, *hernie ombilicale congénitale de l'adulte* qui se produirait, selon nous, d'après un mécanisme analogue à celui des hernies inguinales congénitales, et toujours à la suite d'un effort.

De plus, comme dans les hernies inguinales, on regarde comme congénitales les hernies se produisant jusqu'à l'âge de trente-cinq ans environ, de même nous ne regarderons comme *hernie ombilicale congénitale de l'adulte* que les hernies se produisant jusqu'à trente ou trente-cinq ans, au maximum : car, passé cet âge, les hernies peuvent rentrer dans la catégorie des hernies dites de faiblesse.

Voici donc quelle est la classification que nous proposerions d'adopter :

- 1° Hernie ombilicale, congénitale, embryonnaire.
- 2° Hernie ombilicale, congénitale, fœtale.

- 3° Hernie ombilicale, acquise ou de faiblesse ; femmes, enfants, vieillards.
4° Hernie ombilicale, congénitale de l'adulte, peu de force.

Nous ne nous occuperons pas des trois premières variétés et nous arriverons de suite à celle qui fait l'objet de notre travail.

II

Peu de temps après la naissance, le cordon aussi bien que l'anneau ombilical, subissent de rapides modifications, qui doivent aboutir à l'oblitération des vaisseaux, au resserrement et à l'occlusion complète de l'anneau, en un mot, à la formation de la cicatrice ombilicale.

On peut diviser les phénomènes qui se produisent alors en primitifs et consécutifs. Les premiers sont : la chute du cordon, et le resserrement de l'anneau ; les seconds consistent dans les adhérences que contractent avec les bords de l'ouverture ombilicale les différents éléments du cordon dans leur rétraction consécutive.

La chute du cordon, considérée comme un simple phénomène d'inflammation ulcéralive, est attribuée par le professeur Richet à une sorte de sphincter actif, qu'il décrit à la face interne de l'anneau ombilical, et qui serait formé de fibres musculaires de la vie organique, qui, par leurs contractions, détermineraient la section des vaisseaux et la séparation du cordon à une hauteur constante, quel que soit le point où la ligature a été appliquée.

Quoi qu'il en soit, les phénomènes secondaires qui se passent du côté de l'ombilic consistent tout d'abord dans les adhérences que les éléments intra-abdominaux contractent avec l'anneau ombilical. Depuis longtemps, on avait remarqué que ces adhérences, très intimes à la partie inférieure de l'anneau, l'étaient très peu à la partie supérieure, où la veine ombilicale adhérait très faiblement, et, comme nous le verrons plus tard, on a pu tirer de ces faits des déductions relatives au trajet parcouru par les viscères herniés.

En même temps que se produisent ces adhérences, l'anneau se resserre de plus en plus, les artères ombilicales, l'ouraque se rétractent, s'atrophient et se transforment en cordons cellulux. La veine ombilicale se rétracte, s'oblitère et finit par se transformer en un cordon fibreux.

Lorsque tout ce travail est accompli, la région de l'abdomen, qui correspond à l'ombilic, présente dans sa structure anatomique des dispositions spéciales qu'il nous semble nécessaire de rappeler, car elles nous serviront à expliquer le mécanisme des hernies ; aussi, allons-nous, dans le paragraphe suivant, étudier l'anatomie topographique de la région abdominale antérieure.

Pour l'exposition de ce chapitre, nous nous aiderons des travaux du professeur Richet¹, qui, des premiers, a cherché à expliquer le mode de formation de ces hernies, et auquel nous ferons de longs emprunts.

¹ Richet, *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*.

III

La région abdominale antérieure est limitée en dehors par le bord externe des muscles droits, en bas par la symphyse, en haut par l'apophyse ensiforme et les côtes.

En allant de dehors en dedans, on rencontre successivement :

1° La peau assez lâchement unie aux couches sous-jacentes, sauf au niveau de la cicatrice ombilicale.

2° La couche sous-cutanée, quelquefois épaisse et grasseuse; elle peut parfois se dédoubler en deux couches, formant deux fascias, l'un superficiel, l'autre profond.

3° Une aponévrose blanche à fibres entre-croisées sur la ligne médiane; c'est la ligne blanche abdominale, qui est l'intervalle compris entre les bords internes des muscles droits, intervalle rempli par les aponévroses réunies des muscles obliques et transverses.

Ces feuillets aponévrotiques en s'entre-croisant avec ceux du côté opposé forment des ouvertures irrégulièrement losangiques plus ou moins larges, et l'anneau ombilical peut être considéré comme un de ces orifices très élargis.

4° Les muscles droits.

5° Le tissu cellulaire sous-péritonéal

6° Le péritoine et la cavité péritonéale.

Les vaisseaux sont fournis par des terminaisons de la mammaire interne, anastomosée avec l'épigastrique, les artères lombaires et intercostales.

Les nerfs proviennent des dernières branches dorsales, des premières lombaires.

Les lymphatiques se rendent aux ganglions axillaires et inguinaux.

Nous avons vu que les fibres des aponévroses abdominales s'entre-croisaient sur la ligne médiane en circonscrivant de petits espaces, plus ou moins losangiques. L'un de ces espaces, plus considérable, et limité par des bandelettes, constitue l'anneau ombilical.

M. Richet, dans son *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, décrit ainsi l'anneau ombilical: « De prime abord, cet orifice peut sembler arrondi ; mais, si on l'examine de plus près, on voit qu'il est en réalité irrégulièrement quadrilatère, car ses bords sont constitués par l'entre-croisement d'assez gros rubans fibreux aplatis à fibres très serrées. Lorsqu'on s'applique à disséquer avec patience chacun de ces faisceaux, on voit qu'ils sont une dépendance des aponévroses abdominales.

« Si on examine l'anneau par sa partie profonde, on voit qu'il est formé de deux faisceaux de fibres curvilignes demi-circulaires, dont l'un parcourt la moitié supérieure de l'ouverture ombilicale, l'autre, la moitié inférieure, et s'entre-croisent aux deux extrémités du diamètre transversal..., ces fibres semblent indépendantes des aponévroses de la ligne blanche. »

Ces faisceaux sont au contraire regardés par Malgaigne comme analogues à tous les autres faisceaux de la ligne blanche, et Tillaux déclare de son côté n'avoir jamais rencontré les deux faisceaux curvilignes de Richet.

Dans cet anneau, et en occupant la moitié inférieure, on trouve un noyau fibreux, résultant de la fusion des

artères et veines ombilicales et de l'ouraque. La moitié supérieure de l'anneau reste perméable toute la vie. Velpeau et Blandin¹ ont à ce sujet la même opinion.

Nous allons maintenant aborder une question qui a été effleurée par beaucoup d'auteurs : soutenue par les uns, combattue d'une manière un peu exclusive, croyons-nous, par d'autres, nous voulons parler des rapports qu'affectent, avec l'orifice ombilical, les téguments, le péritoine, mais surtout une aponévrose décrite soigneusement pour la première fois par M. Richet² sous le nom de *fascia ombilicalis*, et dont l'importance est, pensons-nous, considérable au point de vue du mécanisme de la production des *hernies ombilicales congénitales de l'adulte*.

Nous ne ferons que signaler en passant l'adhérence intime de la peau par sa face profonde au niveau du noyau fibreux cicatriciel, la disposition du *fascia superficialis* qui, peu développé au niveau de la cicatrice vient se confondre insensiblement avec les bords de l'anneau, l'état du péritoine qui, supérieurement à l'anneau, est maintenu éloigné de la ligne blanche, et inférieurement est appliqué contre la paroi, mais qui généralement ne semble pas lui être intimement uni.

Nous étudierons maintenant un peu plus longuement l'aponévrose dont nous avons parlé, et à laquelle, avons-nous dit M. Richet a donné le nom de *fascia ombilicalis*; et nous exposerons quelles sont aujourd'hui les idées des différents auteurs à ce sujet.

Le *fascia ombilicalis* avait déjà été entrevu par Vidal

¹ Blandin, *Anatomie des régions*, p. 532.

² Richet, *loc. cit.*

de Cassis qui, dans un de ses ouvrages¹ s'exprime ainsi :

« Je dois signaler une particularité que j'ai rencontrée 3 fois sur 6 cadavres : c'est une bande fibreuse appartenant au *fascia transversalis*, qui passe sous la veine ombilicale, et près d'un centimètre au-dessus du rebord supérieur de l'anneau ombilical.

« Sous cette bande fibreuse, pourraient bien s'engager de petites portions d'épiploon ou d'intestin qui, étreintes, constitueraient une espèce de hernie ombilicale intersticielle. On comprend que ces parties puissent, par de nouveaux efforts de la part du malade, se porter à l'extérieur, et donner lieu à une hernie qui serait oblique de haut en bas. D'autre part, il pourrait se produire, par le même anneau, une hernie ordinaire qui serait directe, de sorte que, comme les hernies inguinales, les hernies ombilicales auraient deux variétés : *directes* et *indirectes*. Il se pourrait que certaines douleurs vives de l'ombilic, sans apparence de tumeur, tinssent à un pincement d'un viscère par cette bride ».

D'autre part, le professeur Richet² décrit ainsi cette aponévrose : Cette lamelle fibreuse semble remplir, par rapport à l'anneau ombilical, le même rôle que le *fascia transversalis* par rapport au trajet ou canal inguinal, et je propose pour cette raison de lui donner le nom de *fascia ombilicalis*. Ce fascia présente des différences assez tranchées suivant les sujets.

Pour en avoir une idée aussi nette que possible, il faut choisir un cadavre présentant tous les attributs de la force

¹ Vidal de Cassis, *Traité de Pathologie externe*.

² Richet, *loc. cit.*

et de l'énergie musculaires ; on observe alors que le péritoine, qui enveloppe la veine ombilicale, est depuis l'anneau jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus de cette ouverture, doublé par une lamelle blanchâtre à fibres dirigées transversalement et coupant à angle droit la direction de la veine. Ces fibres peuvent être suivies jusque sur les bords des muscles droits où elles se confondent manifestement avec le feuillet postérieur de leur gaine aponévrotique.

Inférieurement, ce fascia ne descend point au-dessous de la cicatrice ombilicale. Quelquefois cependant, on le voit se prolonger sur le cordon fibreux des artères et s'y terminer d'une manière insensible.

Supérieurement, tantôt il finit nettement à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'anneau, quelquefois, il est impossible de lui assigner des limites précises.

Ce fascia, très marqué chez certains sujets, l'est peu chez d'autres, surtout chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses.

M. Richet désigne sous le nom de *gouttière ombilicale* l'espace compris entre la face postérieure de la ligne blanche abdominale, le bord interne des muscles droits, et le *fascia ombilicalis*.

Cette gouttière qui représente un véritable canal ou trajet, aboutit à la cicatrice cutanée dont elle n'est séparée que par un paquet graisseux, de sorte, dit M. Richet, qu'un stylet suivant la veine ombilicale, arrive facilement sous les téguments. Elle mériterait le nom de trajet ombilical, d'autant mieux qu'elle rappellerait des analogies faciles à saisir avec le trajet inguinal. Comme lui, en effet, le trajet ombilical traverse obliquement les parois abdominales, du péritoine à la surface cutanée (sans pré-

senter plus que lui d'orifice soit supérieur, soit inférieur dans le sens propre qu'on attache à ce mot), comme lui pendant la vie intra-utérine, il livre passage à des vaisseaux qui se portent au dehors de la cavité abdominale, et comme lui, il est pourvu d'une paroi postérieure fibro-péritonéale.

Cette description n'a pas été adoptée par tous les auteurs. Admise par les uns, elle a été vivement combattue par les autres, et nous allons essayer de présenter une vue d'ensemble des diverses opinions qui se sont fait jour à ce propos.

Gosselin¹, Duplay, Malgaigne d'un côté admettent l'idée de Richet, et partagent sa manière de voir au sujet de l'existence du *fascia ombilicalis*.

D'un autre côté pour Paulet et Tillaux, ce fascia n'existerait qu'exceptionnellement. D'après les recherches de M. Gandon, il n'existerait que deux fois sur dix.

En tout cas, M. Tillaux ne croit pas que l'assimilation du canal ombilical au trajet inguinal réponde à une notion anatomique vraie.

Ch. Feré², dans un article publié dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, déclare avoir rencontré le *fascia ombilicalis* chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle, mais ne semble pas lui attribuer la moindre influence sur la direction des hernies ombilicales.

¹ Gosselin, *Hernies abdominales*.

Duplay, thèse concours 1866, *Path. ext.*

Malgaigne, *id.*

² Ch. Feré, Étude sur les orifices herniaires et les hernies abdominales des nouveau-nés et des enfants à la mamelle (*Revue mens. de méd. et de chirurgie*, 1879).

M. Marduel ¹, dans un article sur l'ombilic, le regarde comme exceptionnel. « Je dois ajouter, dit-il, que mes propres recherches me font admettre l'opinion de MM. Tillaux et Ganderon, et que je n'ai rencontré cette couche que d'une façon très exceptionnelle et sur des sujets fortement musclés. » Dans un article récent de M. R. Condamin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, sur le *fascia ombilicalis*, et qui nous fait connaître l'opinion des auteurs allemands au sujet de cette aponévrose, nous voyons qu'en Allemagne la découverte de Richet a une importance admise dans la production et la direction des hernies ombilicales.

Kocher ³ accepta l'opinion de Richet sur le *fascia ombilicalis* et le canal ombilical, et à l'appui de cette théorie, il observa chez plusieurs jeunes enfants que le péritoine, à 2 centimètres au-dessus de l'anneau ombilical, s'insinuait dans un canal limité en haut par un bord tranchant et concave du *fascia ombilicalis*. Si, avec un stylet, à ce niveau on repoussait le péritoine, on le voyait glisser facilement de haut en bas entre la ligne blanche et le *fascia ombilicalis*. Aussi Kocher admet-il comme Richet que c'est par là que passent les hernies qui sortent vers l'anneau ombilical.

Le bord tranchant et concave de ce fascia jouerait le même rôle dans l'étranglement ombilical, que les bords

¹ Marduel, Article OMBILIC du *Dictionnaire en 30 volumes*.

² R. Condamin, Du *fascia ombilicalis* (*Province médicale*, p. 256, 1893).

³ Kocher, Die Hernien in Kindesalter, in *Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten*, Tübingen, 1880.

tranchants du ligament de Gimbernat dans les hernies crurales étranglées.

Kocher décrit plus tard deux dépressions péritonéales sous le nom de fossette ombilicale supérieure et de fossette ombilicale inférieure, la première donnant passage à des hernies dites directes, la deuxième serait le point de passage des hernies ombilicales indirectes. De plus, Kocher croit que l'absence du fascia ne constitue pas une prédisposition très grande à la formation des hernies ombilicales.

Enfin dans un travail très important de H. Sachs de Dorpat ¹, la question est étudiée par l'auteur d'après les résultats fournis par de nombreuses dissections.

Pour Sachs, dans les deux tiers des cas examinés par lui, le *fascia ombilicalis* était très nettement appréciable sur le nouveau-né et formé tantôt de simples faisceaux plus ou moins épais, tantôt d'une large lamelle fibreuse.

Sur les enfants en bas âge, le péritoine n'est pas très adhérent à ce fascia, et les adhérences avec la veine ombilicale et la ligne blanche sont également très faibles. Ainsi que l'avait déjà fait observer Richet, l'adhérence entre la veine et le bord supérieur de l'anneau est moindre qu'au bord inférieur ; mais, pour Sachs, on ne peut pas arriver sous la peau en passant par l'anneau.

Sachs décrit au *fascia ombilicalis* des formes normales ou régulières et des formes irrégulières qui sont classées en quatre types.

¹ H. Sachs, Die Fascia umbilicalis und deren Beziehung zum Nabelringbruch bei Kindern (*Arch. für pathologische Anatomie und Physiologie*, 1887).

Dans le premier type, il existe derrière l'anneau ombilical une large lamelle fibreuse qui commence en haut sans délimitation bien nette, pour se terminer en bas en s'amincissant progressivement.

Le maximum de développement de ce fascia correspond à l'anneau. Le péritoine est très adhérent.

Dans le deuxième type, qui serait assez rare, le fascia est caractérisé par un bord concave en haut falciforme, entourant la veine, avec quelquefois un diverticule péritonéal.

Dans le troisième type, dans la généralité des cas, la limite inférieure du *fascia ombilicalis* est formée par un bord tranchant concave en bas, et légèrement saillant. Dans ce cas, l'ouverture du canal de Richet au lieu d'être en haut serait en bas.

Dans le quatrième type, l'aponévrose se termine par un bord concave et tranchant, au-dessus de l'anneau, généralement à 5 millimètres, quelquefois à 25 millimètres. Dans ce cas, le péritoine serait complètement en rapport avec l'anneau.

Dans les cas de *fascia ombilicalis* rangés par Sachs sous le nom de formes irrégulières, on trouve quelquefois l'aponévrose percée d'orifices multiples, ou formée de plusieurs segments séparés. Quelquefois il y a un fascia supérieur et un fascia inférieur, et l'anneau en est dépourvu.

Enfin, sur 115 cas, Sachs aurait rencontré 30 cas dans lesquels il n'y avait pas d'aponévrose ombilicale nettement différenciée, et où l'on trouvait dans toute la paroi abdominale un fascia également développé. Le péritoine alors ne contracterait généralement aucune adhé-

rence au niveau de l'anneau, mais pourrait parfois présenter à ce niveau une poche diverticulaire.

Nous terminerons l'exposé de cet article en donnant les conclusions formulées par l'auteur lui-même :

1° Le *fascia ombilicalis* est une portion plus développée du *fascia transversalis* que l'on rencontre chez les enfants, développés d'une façon irrégulière depuis la naissance jusqu'à la fin de la première année. La différenciation est généralement plus nette chez les enfant plus âgés.

2° Dans certains cas, elle forme un feuillet fibreux qui s'insère de chaque côté sur la gaine de droite suivant une ligne presque verticale. La limite supérieure n'est représentée qu'exceptionnellement par un bord nettement visible. L'aponévrose a au contraire, très fréquemment, un bord inférieur net, concave en bas, le long duquel le péritoine forme soit un repli, soit une poche, entre l'aponévrose et la ligne blanche.

3° On peut distinguer plusieurs formes d'aponévroses ombilicales, d'après sa situation et la forme de ses limites : son importance au point de vue de la formation des hernies dépend du fait qu'elle recouvre ou non l'anneau ombilical. Son rôle étiologique dépend surtout de sa résistance et de l'absence de mobilité du péritoine sur elle.

4° Chez les enfants dans le premier mois, le *fascia ombilicalis* n'a aucune signification, car l'anneau ombilical est obstrué par les vaisseaux ou par leur adventice épaissie, de sorte que la formation d'une hernie ne peut survenir qu'exceptionnellement.

5° Après le premier mois, l'anneau ombilical est plus ou moins libre. La forme de l'aponévrose la plus importante comme prédisposition aux hernies est celle dans

laquelle le bord inférieur est très net, recouvre juste l'anneau ombilical ou bien sa partie supérieure. Dans ce type d'aponévrose, on rencontre le plus souvent des replis des poches ou diverticules péritonéaux passant par l'anneau, et des hernies complètement développées. Les enfants chez lesquels l'aponévrose fait complètement défaut sont bien moins prédisposés aux hernies que les précédents, et dans les cas où l'anneau est obstrué complètement par l'aponévrose, la formation d'une hernie paraît presque complètement impossible.

6° Les hernies ombilicales sont toujours directes. Le péritoine mobile situé au-dessus de l'anneau est surtout employé à la formation du sac herniaire. Quand le bord de l'aponévrose arrive exactement au niveau de l'anneau ombilical ou qu'il le recouvre un peu il forme la limite supérieure de sortie de la hernie. Dans ces cas, on trouve aussi quelquefois un diverticule péritonéal qui est situé en haut entre le *fascia ombilicalis* et la ligne blanche.

Pour en revenir maintenant à l'opinion des auteurs français, nous voyons que M. Richard¹, dans sa thèse inaugurale, s'appuyant, il est vrai, sur un nombre de dissections bien minime pour émettre une opinion aussi catégorique, partage la manière de voir de MM. Tillon et Ganderon, et voici comment il s'exprime à ce sujet :

D'après une dissection faite au Val-de-Grâce sur un soldat jeune et vigoureux, on voyait le péritoine excessivement mince et adhérent seulement au niveau de l'anneau ombilical. Malgré toutes les précautions prises,

¹ Richard, *Mode de formation des hernies ombilicales* (thèse de Paris, 1876).

je ne pus trouver les tractus transversaux qui devaient former le canal de la veine ombilicale. Ces tractus n'étaient un peu visibles qu'au bord supérieur de l'anneau et disparaissaient immédiatement.

Quant à l'insertion des vaisseaux ombilicaux, elle différait totalement de celle décrite ordinairement.

Ainsi la veine ombilicale, loin d'être libre et adhérente au bord inférieur de l'anneau, était adhérente assez fortement à la moitié droite du bord supérieur.

L'ouraque occupait toute la demi-circonférence gauche, à partir de la ligne médiane, de sorte qu'il recouvrait un peu la partie gauche du cercle de l'anneau.

Des deux artères ombilicales, la gauche se confondait avec l'ouraque, la droite s'insérait isolément sur le rebord droit et inférieur de l'anneau. Il résulte de cette disposition que la partie laissée libre par les insertions des vaisseaux était non pas la moitié supérieure, non pas la moitié inférieure, mais le centre même de l'anneau. Ce centre était occupé par un paquet celluleux, élastique et rougeâtre, assez facile à déplacer. En enlevant ce paquet, on tombe sur la peau de la cicatrice ombilicale.

D'après huit ou dix préparations dans lesquelles la veine ombilicale s'insérait au bord supérieur de l'anneau, et dans lesquelles, dans la *moitié* des cas, le canal ombilical n'existait pas à cause de l'absence du fascia, M. Richard conclut :

1° La veine ombilicale s'attache toujours au bord supérieur de l'anneau, quelquefois l'ouraque s'y attache en même temps qu'au bord inférieur.

2° Le canal ombilical manque dans la moitié des cas, et, quand il existe, le feuillet qui le forme est tellement

mince qu'il faut une véritable habileté pour le séparer du péritoine auquel il adhère, et qui comme lui est excessivement mince.

Voici en résumé, développées dans ce chapitre, les idées des auteurs au sujet du *fascia ombilicalis*, et nous voyons qu'elles sont loin de concorder. Cette diversité d'opinions sur ce sujet nous semble tenir soit à des dissections faites sur des séries exceptionnelles, ou sur des sujets âgés, chétifs, en un mot ne présentant pas les conditions voulues pour la vérification de l'existence du *fascia ombilicalis*.

Nous reviendrons là-dessus dans un instant, pour émettre l'idée qui nous semble découler des dissections que nous avons pratiquées dans l'intention de constater l'existence plus ou moins fréquente du *fascia ombilicalis*.

Nous allons maintenant, dans le chapitre suivant, étudier au point de vue anatomo-pathologique la hernie ombilicale congénitale de l'adulte qui d'ailleurs, à ce point de vue, se rapproche beaucoup des hernies ombilicales ordinaires.

CHAPITRE II

La question de savoir quel était le trajet parcouru par les hernies ombilicales, quel était le point de sortie de la tumeur, si ces hernies étaient pourvues ou non d'un sac péritonéal, a été longtemps et vivement discutée. Depuis J.-L. Petit qui des premiers s'occupa du sujet, jusqu'aux chirurgiens de notre époque, de nombreuses opinions ont été émises, et nous allons tâcher de les présenter rapidement.

Comme dans toute hernie, nous considérons successivement : le trajet herniaire, les enveloppes, et le contenu de la hernie.

Trajet. — Ainsi que nous venons de le dire, J.-L. Petit qui, le premier, a cherché le point exact de la sortie de la hernie, pensant que la cicatrice ombilicale était le point le plus résistant de l'abdomen, en concluait que la hernie de l'adulte se fait toujours à côté de l'anneau : « Sur 100 hernies ombilicales chez l'adulte, dit-il ¹, il n'y en a pas 2 qui se font par l'anneau. »

¹ J.-L. Petit, *Maladies chirurgicales*, t. II, p. 250.

Richter ¹, dans son *Traité des hernies*, dit, que la hernie ombilicale sort ou par l'anneau ombilical ou sur les côtés de cet anneau.

Elle se forme ordinairement, dit-il, chez les enfants de la première manière, et de la seconde chez les adultes..... On remarque quelquefois chez les adultes que la hernie ombilicale sort par l'anneau ombilical : il n'est pas invraisemblable que ces personnes ont eu dans leur enfance une hernie ombilicale qui aura affaibli l'anneau et laissé la disposition à la formation d'une seconde hernie.

Pour Scarpa ², il est certain que chez les adultes, la hernie qui se développe dans la région ombilicale ne sort pas précisément par l'anneau ombilical, mais bien par les environs de cette ouverture.

Boyer ³ accepte les idées de J.-L. Petit, et regarde à son tour comme très rare l'issue par l'anneau.

Si, maintenant, on cherche dans ces auteurs des preuves à l'appui de leur opinion, on n'en trouve point : ils se contentent d'émettre cette affirmation sans l'appuyer sur aucune dissection.

Ces idées furent entièrement admises pendant la première partie de notre siècle, par presque tous les chirurgiens, et il nous faut arriver à l'apparition des travaux d'Astley Cooper ⁴, qui, ayant pratiqué de nombreuses dissections, combattit l'idée de J.-L. Petit, et qui, s'appuyant sur ses recherches, en conclut que l'anneau est le plus souvent le siège de la hernie ombilicale.

¹ Richter, *Traité des hernies*, t. II, p. 163.

² Scarpa, *Traité pratique des hernies*, p. 315.

³ Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VIII, p. 301.

⁴ A. Cooper, *Œuvres chirurgicales*, trad. Chassaignac.

Velpeau appuie l'opinion d'A. Cooper. Bérard admet les deux espèces de hernies, celles qui se font par l'anneau et celles de la ligne blanche.

Vidal de Cassis¹ dit qu'il ne faudrait pas exagérer au point d'exclure chez l'adulte la hernie adombilicale, car un fait de double hernie, une par l'anneau même, une sur un point voisin, fait qui a été observé, montrait l'absurdité de cette opinion. D'ailleurs, ce n'est pas seulement autour de l'anneau ombilical que s'échappent des hernies, on en trouve autour de l'anneau inguinal, crural (Gerdy), ce qui fait qu'il peut y avoir des hernies adinguinales, comme adombilicales.

Malgaigne cite Cruveilhier qui aurait trouvé sur une douzaine de femmes mortes à la Salpêtrière, que la hernie s'était toujours faite par l'anneau. Et, à ce propos, Malgaigne fait observer que ce qui avait induit en erreur les anciens chirurgiens, c'est que rarement la hernie ombilicale sort par le centre de l'anneau, de sorte que la cicatrice cutanée semble être reportée à un des points de la périphérie de la tumeur. Et, précisément dans le cas de Cruveilhier, on aurait pu croire que la hernie s'était échappée par un point excentrique, Broca et Foucher ont confirmé les faits avancés par Cruveilhier².

Gerdy, Gosselin³, Desprès, Duplay, Marduel, presque

¹ Vidal de Cassis, *loc. cit.*

² Broca et Foucher, Obs., *Bullet. Soc. anat.*, 1852-1854.

³ Gosselin, dans ses *Leçons sur les hernies abdominales*, dit :

« J'appelle péri-ombilicales ou sus-ombilicales les hernies qui s'échappent à travers une éraillure de la paroi abdominale. Quant à savoir quelle est la plus commune de la hernie ombilicale pro-

tous les auteurs modernes, admettent qu'il y a des hernies ombilicales proprement dites et des hernies adombilicales.

Pour M. Richet, non seulement les hernies se font par l'anneau, mais de plus, elles suivraient un trajet constant qui serait le canal ombilical ou *trajet ombilical*.

Cette opinion de l'éminent professeur a été vivement combattue et Gosselin rapporte un cas de hernie dans lequel, bien qu'existant parfaitement, ce trajet ombilical, n'avait pas été suivi par la tumeur. De même, dans une observation de Dolbeau⁴, à la Société anatomique de 1857, de Nicaise, rapportée dans la thèse d'agrégation de Duplay, de Prompt, à la Société anatomique de 1866.

Dans ces observations on trouvait une hernie par l'anneau, et directe malgré l'existence du canal ombilical.

Enfin, M. Richard, dans sa thèse, inspirée par M. Pier-

prement dite ou de la hernie péri-ombilicale, je ne suis pas en mesure de répondre par des faits. A l'opinion de Scarpa, qui déclarait la hernie ombilicale impossible ou à peu près, on peut opposer celle de MM. Cruveilhier, Desprès, Richet, qui ont montré son existence par des dissections irrécusables. Mais la fréquence relative de l'une ou de l'autre n'a été jusqu'à présent l'objet d'aucune démonstration.

⁴ Obs. Dolbeau. M. Dolbeau présente une épiplocèle ombilicale. La hernie est directe et n'accompagne pas par conséquent la veine ombilicale. Cependant le canal ombilical était sur cette pièce très apparent et très large.

L'épiplocèle était adhérente. La malade, après avoir été soumise inutilement à plusieurs tentatives de taxis, succomba à une péritonite.

Bulletin de la Société anatomique, 1857.

ron et le professeur Michel, de Nancy, n'accorde aucun rôle au fascia et au canal ombilical dans la production et la marche des hernies ombilicales. Il prétend que la hernie est impossible, parce que :

1° Les hernies se font généralement par pression excentrique, et comment, dans le cas présent, peut elle exister sans aplatir le fascia contre la paroi?

Cet argument est bien insuffisant pour justifier une pareille conclusion, car, dans les hernies inguinales obliques externes dont l'existence est pourtant universellement admise, la sortie de l'intestin n'a pas lieu par un mécanisme différent que dans les hernies ombilicales. Il faudrait donc nier le trajet inguinal, ou au moins son rôle dans la production des hernies inguinales, et certes, cela ne viendra à l'idée de personne.

2° En supposant que la hernie se forme par le canal ombilical, elle devrait, dit M. Richard, être recouverte par le péritoine normal, qu'elle aurait refoulé puisqu'il est mobile au-dessus de l'ombilic et assez facile à déplacer, tandis qu'il est adhérent à son niveau. On devrait donc en disséquant la hernie trouver la peau, le *fascia superficialis*, ce sac péritonéal et l'intestin ou l'épiploon. Or, d'après M. Richard, tous les auteurs seraient d'accord pour dire que les hernies de cette espèce n'ont pas de sac, le péritoine pariétal étant tellement adhérent à la peau qu'il est presque impossible de le séparer de la couche cutanée.

Nous reviendrons dans un instant, en étudiant les enveloppes de la hernie, sur cette deuxième conclusion qui nous paraît fausse, et que nous ne pouvons admettre davantage que la première.

Pour résumer ce que nous venons de dire sur le trajet de la hernie ombilicale, nous voyons qu'aujourd'hui les auteurs admettent qu'elle se fait le plus souvent par l'anneau, et qu'elle peut aussi se faire quelquefois à côté de l'anneau.

Nous voyons que l'opinion de M. Richet regardant le trajet ombilical comme le trajet constant de la hernie, est loin d'être regardée comme exprimant la généralité des faits, et que même les observations que nous avons citées plus haut semblent contredire cette manière de voir.

Pourtant, nous ne croyons pas que, malgré cela, il faille rejeter l'idée de M. Richet. En effet, la plupart des hernies examinées, et qui font l'objet des observations ci-dessus, sont des hernies anciennes volumineuses, et existant chez des sujets âgés. Dans ces conditions, il est bien possible que le canal ombilical ait pu se transformer, se détruire comme cela se passe quelquefois pour le canal inguinal. On sait, en effet, que certaines hernies inguinales obliques, externes, anciennes et volumineuses, ont tendance à se transformer peu à peu en hernies directes.

Une transformation analogue du canal ombilical a même été constatée et établie par le professeur Gosselin : « Quand la tumeur existe depuis longtemps, on ne trouve plus de traces de la gouttière ombilicale, et le trajet de la hernie est constitué par un anneau fibreux dont la partie supérieure est une dépendance des fibres aponévrotiques de la ligne blanche, circonscrivant l'anneau ombilical, dont la partie inférieure est formée par le tissu fibreux accidentel développé consécutivement à la transformation fibreuse des vaisseaux ombilicaux. »

Pour nous, nous ne serons pas aussi affirmatif que

M. Richet qui prétend que la majorité des hernies se forme par le canal ombilical: nous avons rencontré très souvent le *fascia ombilicalis* dans les dissections, et nous pensons qu'il existe dans la majorité des cas, mais nous n'accordons au canal ombilical un rôle vraiment efficace dans la production de la hernie, que dans la hernie de l'adolescent et de l'adulte, au lieu que M. Richet le regarde aussi comme le point de passage des hernies des vieillards. Il peut certainement arriver que quelques hernies des vieillards suivent le canal ombilical, mais ces cas doivent être assez peu fréquents, aussi croyons-nous que c'est dans la hernie de l'adolescent, dans la hernie ombilicale, produite par le mécanisme de la force, que doit avoir lieu le trajet par le canal: car, à cet âge, les hernies ombilicales qui sont assez rares, ne peuvent pas, à notre avis, être attribuées, surtout chez l'homme, à une faiblesse des téguments. Nous allons continuer maintenant, en étudiant les enveloppes de la hernie ombilicale, car c'est encore un point de l'histoire anatomo-pathologique des hernies ombilicales, qui pendant longtemps a donné lieu à de nombreuses discussions parmi les auteurs.

Enveloppes de la hernie. — Les enveloppes de la hernie sont constituées par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le péritoine.

La peau, ordinairement fine, est mince, plus ou moins distendue, sans changement de couleur, sans altération. La cicatrice ombilicale existe le plus souvent sur un des côtés, quelquefois, mais plus rarement au sommet de la tumeur.

La deuxième enveloppe de la hernie qu'on trouve sous la peau est constituée par le tissu cellulaire sous-cutané.

Il est disposé en petites lamelles, mais disparaît parfois dans les hernies volumineuses.

Cette couche celluleuse contracte souvent des adhérences avec le sac herniaire.

Enfin l'enveloppe la plus profonde de la hernie est constituée par le sac herniaire.

Les hernies ombilicales ont-elles un sac ? Pendant longtemps, les anciens, à cause de l'amincissement et des adhérences des enveloppes entre elles, avaient refusé d'admettre l'existence du sac herniaire.

Dionis niait son existence.

Selon Garengéot¹, elles n'en ont jamais.

Petit² assure qu'il n'a jamais trouvé de sac dans les hernies ombilicales.

Lafaye³ prétend aussi que le péritoine est toujours déchiré dans ce cas, et jamais distendu en forme de sac.

Puis viennent d'autres auteurs qui sont moins affirmatifs : Richter⁴ dans son *Traité des hernies* dit : « Les hernies qui passent par une fente aux environs de l'ombilic ont toujours un sac. Le péritoine est si fortement uni à l'anneau ombilical, à la ligne blanche, et aux vaisseaux ombilicaux qu'il se déchire plutôt que de prêter à la distension, lorsqu'une cause occasionnelle des hernies agit sur lui à cet endroit. On voit par là pourquoi les hernies sans sac herniaire se rencontrent surtout chez les adultes,

¹ Garengéot, *Mémoires de l'Acad. de chirurgie*, t. III, p. 341.

² *Opérations de Dionis*, p. 107.

³ Id.

⁴ Richter, *Traité des hernies*, p. 165.

tandis que chez les enfants chez lesquels cette cicatrisation n'est pas aussi ferme, ces mêmes hernies, ont ordinairement un sac herniaire : il y a cependant plusieurs exceptions à cette règle. »

Vidal de Cassis¹ au sujet du sac des hernies ombilicales s'exprime ainsi : « Le sac, distinct dans les premiers temps, arrive à contracter des adhérences, et ne plus former qu'une enveloppe mince et transparente : mais, ajoute-t-il, les dissections que j'ai eu occasion de faire ne laissent pas de doute à cet égard, le sac existe toujours dans la hernie ombilicale.

Saviard à son tour fait remarquer que souvent le sac est si mince qu'il a pu être méconnu.

Schmucker, Sandifort, Morgagni, Heisker, Sabatier, Lassus, Scarpa², après avoir vérifié cette opinion de Saviard, ont mis hors de doute l'existence constante du sac herniaire dans la hernie ombilicale.

Nous voyons que pour la plupart des auteurs aujourd'hui l'existence du sac herniaire est admise, et qu'on expliquait l'opinion des anciens chirurgiens qui se refusaient à admettre l'existence de ce sac par sa grande minceur qui avait pu le leur faire méconnaître. Cependant, cette

¹ Vidal de Cassis, *loc. cit.*

² Schmucker, *Chirurgische Wahrnehmungen*, t. II, p. 221.

Sandifort, *Obs. anatomico-pathologicæ*, lib. I et II.

Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, Epist. 43, n° 7.

Heister, *Institut. chir.*

Sabatier, *Méd. op.*, t. I, p. 156.

Lassus, *Méd. op.*, t. I, p. 236.

Scarpa, *Traité des hernies*, p. 327.

minceur du sac herniaire n'est pas un fait absolu, et il existe des observations que nous reproduisons plus bas, et dans lesquelles on a trouvé un sac herniaire assez épais¹.

Nous avons vu plus haut qu'une des objections faites par M. Richard dans sa thèse, à l'idée de la formation des hernies ombilicales par le canal ombilical était que, suivant lui, on ne trouvait pas de sac péritonéal dans ces hernies, et, ajoutait-il, si la hernie se fait par le canal ombilical, il n'y a pas de raison pour que le péritoine se comporte ici autrement que dans la hernie inguinale.

Cette conclusion est démontrée fausse par les opinions des auteurs modernes, qui admettent tous l'existence du sac herniaire, et par les observations que nous reproduisons plus haut, et dans lesquelles non seulement le sac herniaire existait, mais a pu être parfaitement isolé et disséqué.

Nous avons encore trouvé dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1854, une observation de

¹ Obs. présentée par M. Nicaise. — La malade étant chloroformée, je fais sur la tumeur une incision oblique de haut en bas et de gauche à droite, et sur celle-ci une seconde qui se dirige en bas et à gauche de façon à avoir une incision en T. J'arrive sur une masse jaunâtre vasculaire, ressemblant à une masse graisseuse. J'incise : c'était le sac herniaire, dont les parois, de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, étaient infiltrées de graisse.

Incision en T sur le sac : dans l'intérieur, je trouve de l'épiploon qui était enroulé et qui formait une masse qu'on ne pouvait déployer. J'incise l'épiploon qui formait le deuxième sac et je trouve l'intestin.

Bulletin de la Société de chirurgie, p. 84, 1877.

M. Foucher au sujet d'une hernie ombilicale. Dans cette hernie, du volume d'un œuf de pigeon, la dissection a fait voir qu'elle était constituée par une portion d'épiploon, qu'elle avait un *sac complet* formé aux dépens du péritoine et qu'elle occupait l'anneau ombilical lui-même.

Non seulement le sac existe, mais il présente différents aspects suivant les cas. On peut voir que, si la hernie se fait par une éraillure de la ligne blanche, ce qui n'est pas le cas qui nous occupe, le collet est oblique ou ovalaire ; et que, s'il se fait par l'anneau, comme dans la hernie ombilicale congénitale de l'adulte, il est arrondi.

Quelquefois, il peut contracter des adhérences avec l'orifice herniaire ; suivant les cas, il est mince ou peut acquérir une épaisseur considérable comme dans les observations que nous avons citées plus haut.

Le sac n'est pas toujours adhérent aux enveloppes, quoi qu'en dise M. Richard, et nous trouvons dans l'observation de M. Hutin communiquée à M. Perrin à la *Société de chirurgie* en 1861, un exemple de cette disposition du sac herniaire non adhérent ¹.

Dans une autre observation publiée par *The Lancet*, nous trouvons encore un autre cas dans lequel le sac put être libéré de ses adhérences et enlevé avec succès ².

¹ Obs. de Hutin. — La tumeur est incisée dans toute son étendue, on arrive rapidement sur un sac herniaire bien *distinct et sans adhérences*. Après l'incision du sac, un peloton d'épiploon d'abord, puis une anse intestinale tordue au niveau de son pédicule se présentent au bistouri.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1861.

² Obs. *The Lancet*. — Sac d'une hernie ombilicale de la grosseur du poing chez une femme de cinquante-cinq ans, malade au

La cavité du sac peut aussi présenter plusieurs dispositions. Elle peut être unique, le plus souvent, mais quelquefois elle est multiloculaire ou cloisonnée.

D'après S. Duplay, Scarpa aurait constaté sur une hernie ombilicale que le collet était circulaire, et le corps du sac partagé en trois cavités communiquant entre elles.

Nous trouvons aussi certains cas dans lesquels plusieurs hernies voisines les unes des autres, ayant chacune un sac propre, semblent ne former qu'une tumeur unique¹.

Dispensaire de Saint-Georges et Saint-James. La hernie existait depuis vingt ans, mais s'était étranglée deux jours avant l'arrivée de la malade.

M. Heath ouvrit le sac, et, ayant débridé l'étranglement et rentré une portion d'intestin, libéra *le sac* de ses adhérences et le coupa. L'épiploon était très épais, altéré et adhérent à une portion du sac.

The Lancet.

¹ Obs. Marc Sée, *Société anatomique*, 1851. — ... A l'autopsie, on trouva une couche de graisse considérable, doublant les parois abdominales. Au-dessous de la cicatrice ombilicale, dans l'intervalle laissé par les muscles droits écartés l'un de l'autre, existent trois éraillures de l'aponévrose abdominale donnant issue aux organes intra-abdominaux recouverts par le péritoine refoulé devant eux.

Les deux supérieures donnent issue à une portion d'épiploon et la troisième livre passage à une portion d'épiploon et à une notable partie de la masse intestinale et du mésentère. Ces organes sont coiffés par le péritoine et la peau amincie.

Obs. Molinier, *Société anatomique*, 1866. — Malade morte cancéreuse ; pendant la vie, au-dessus de l'ombilic, tumeur molle, irréductible, non douloureuse, n'ayant jamais occasionné d'accidents. A l'autopsie, on constate que cette tumeur est formée par deux hernies de l'épiploon, l'une siégeant immédiatement au-

Enfin, il peut même se présenter des cas dans lesquels on trouve un sac double, c'est-à-dire qu'à côté du sac véritable extérieur, on trouve un sac propéritonéal.

Cette disposition est exceptionnelle et se rencontre assez rarement. Nous l'avons vue mentionnée dans l'observation communiquée par M. Tessier à la *Société de chirurgie* en 1881. « Après avoir décrit trois anses dans le sac extérieur, l'intestin, dit le chirurgien, rentrait ensuite dans l'abdomen par l'orifice herniaire. Mais au lieu d'être libre, dans la cavité abdominale, on le voyait s'engager aussitôt en avant du péritoine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal en arrière des muscles de la paroi antérieure. Il descendait ainsi jusqu'au milieu de la ligne s'étendant de l'ombilic au pubis, puis remontait et se continuait enfin avec le bout inférieur de l'intestin grêle. Il existait donc, indépendamment du sac sous-cutané, un autre sac propéritonéal et la partie d'intestin qui s'y était engagée présentait un calibre moindre que celui offert par l'intestin grêle à l'état normal.

On trouve encore une disposition semblable dans les observations communiquées par Sãnger¹ et Quénu².

dessous de l'ombilic, l'autre à 3 centimètres plus haut. Celle qui est située à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic s'étale sous la peau, celle qui est située immédiatement au-dessous de l'ombilic se porte en haut. De façon que ces deux tumeurs se rejoignent et ne sont séparées l'une de l'autre que par les parois de leurs sacs. Les deux portions d'épiploon adhèrent au sac par des brides fibreuses.

¹ Obs. Sãnger. — *Centralbl. für Gynãkol.*, p. 473, 1890.

² On présente un sac herniaire que M. Quénu a excisé en faisant

Contenu. — Le contenu de la hernie est assez variable, mais dans la généralité des cas, les organes qu'on y trouve sont de l'épiploon et des anses intestinales. C'est donc le plus souvent une entéro-épilocèle.

La présence de l'épiploon dans la hernie est le fait qui différencie la hernie de l'enfance de celle de l'adulte. En effet, dans le premier âge, on ne trouve jamais ou presque jamais d'épiploon; au lieu que chez l'adulte sa présence est à peu près constante.

Richter la considérait même comme une règle sans exception.

Cependant il existe quelques cas cités par Arnaud, Petit, Lawrence, d'entéroccèle pure.

L'absence d'épiploon est encore notée dans une observation de Goyrand d'Aix, de Gosselin, de Laurent, et de Polaillon (*Société de chirurgie*, 1861, 1858, 1864, 1881). Mais ces cas sont assez rares, et généralement l'épiploon existe en assez grande quantité, disposé soit en bouchon, soit étalé au-devant de l'intestin.

Quelquefois l'épiploon, refoulé par l'anse intestinale qui sort de l'abdomen, la coifferait complètement et formerait au viscère qui le refoule devant lui un second sac, sur lequel Prescott Hewett a fixé l'attention à cause du

une cure radicale de hernie ombilicale à une femme âgée de quarante sept ans.

L'opération de la cure radicale révèle un sac très épais; on réduit tout l'intestin hernié, puis on résèque le sac. Quand on examine celui-ci, on voit qu'il existe, près de la circonférence d'excision, un orifice communiquant dans un nouveau cul-de-sac: il s'agit d'un diverticule propéritonéal.

Bulletin médical, p. 413, 1893.

rôle qu'il peut jouer en facilitant l'étranglement et en ajoutant aux difficultés de l'opération.

La partie du tube intestinal renfermé dans la hernie est variable, côlon transverse, intestin grêle le plus souvent, quelquefois aussi côlon ascendant, plus rarement côlon descendant.

Le cæcum y a été aussi trouvé : on y a rencontré une portion d'estomac, une fois même une certaine portion du foie.

On connaît jusqu'à ce jour deux cas d'hystérocèle ombilicale signalés par Léotaud et Murray.

Enfin pour terminer l'énumération des différents organes que l'on peut rencontrer, il nous faut signaler les hernies formées par de véritables masses graisseuses et qui constituent ce que l'on appelle les hernies graisseuses de l'ombilic niées par J.-L. Petit et démontrées par Malgaigne. Pour les hernies ombilicales congénitales, nous dirons que l'on peut comme dans les hernies ombilicales ordinaires rencontrer les divers organes que nous venons d'énumérer, mais qu'en règle générale, comme l'a indiqué M. Jaboulay, elle contient de l'épiploon comme d'ailleurs toutes les hernies congénitales.

Nous venons de voir dans ce chapitre quelles étaient les diverses opinions des auteurs soit anciens, soit modernes sur le *fascia ombilicalis*, sa fréquence, son rôle plus ou moins discuté dans la production de la hernie ombilicale et nous avons vu que l'existence du fascia est admise par les uns et repoussée par les autres, et qu'en même temps on lui refuse toute influence dans le mécanisme de la hernie ombilicale.

Nous allons dans le chapitre suivant exposer quel a été

le résultat des recherches que nous avons entreprises sous la direction de M. Jaboulay et nous tâcherons de montrer que ce fascia joue, en réalité, un rôle important dans la production des hernies ombilicales congénitales de l'adulte. Nous décrirons rapidement l'étiologie, la symptomatologie et les complications de ce genre de hernies, et nous terminerons notre étude en indiquant quel en est le traitement le plus rationnel, en l'appuyant sur l'observation malheureusement unique que nous devons à l'obligeance de M. Jaboulay, car ce genre de hernie n'a été jusqu'à présent décrit par aucun auteur à notre connaissance.

CHAPITRE III

Avant d'en arriver à la relation de l'observation intéressante de M. Jaboulay sur la hernie ombilicale congénitale de l'adulte opérée par lui, observation qui nous montre que ce chirurgien a pu se rendre compte *de visu* de la réalité de notre opinion, nous dirons quelques mots des résultats que nous a donnés la recherche du *fascia ombilicalis* sur le cadavre.

Sur presque toutes les dissections pratiquées à cet effet nous avons observé à peu près constamment la présence du *fascia ombilicalis* d'une façon nettement appréciable. Sur le vieillard, il est vrai, il apparaissait souvent sous une forme moins nette, mais il était néanmoins assez facile de constater son existence.

Sur les sujets jeunes et vigoureux, où ce fascia existait, bien développé, il circonscrivait avec la paroi antérieure de l'abdomen un canal nettement déterminé, le canal ombilical (contrairement à l'opinion avancée par M. Richard dans sa thèse). Lorsque le canal ombilical est bien délimité, si l'on introduit par l'ouverture supérieure

du canal ombilical une sonde cannelée, on peut parfaitement suivre le trajet de ce canal, et la sonde arrivée au niveau de l'anneau ombilical faisait saillie sous la peau. Nous avons trouvé la veine ombilicale adhérente non pas au bord supérieur de l'anneau, mais bien à son bord inférieur.

Quoique dans la généralité des cas nous ayons trouvé au *fascia ombilicalis* sa disposition normale avec les fibres de sa partie supérieure à concavité supérieure, nous avons pourtant rencontré sur un sujet une disposition du fascia qui semble se rapprocher de celle que H. Sachs attribue à la catégorie des fascias désignée par lui sous le nom de fascias à forme irrégulière.

Sur un vieillard de soixante ans environ, nous avons trouvé sur la ligne médiane, à peu près à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic, un premier orifice conduisant dans un petit canal à peu près long d' $1^{\text{cm}},50$ à 2 centimètres, dirigé de haut en bas vers l'anneau ombilical. Ce canal était parfaitement perméable, et nous avons pu, avec une sonde cannelée, explorer sa longueur et sa direction.

Dans ce court trajet, on rencontrait un petit peloton graisseux. Au-dessous de cet orifice, il en existait un deuxième, se continuant par un canal conduisant directement à l'anneau et qui était constitué par des fibres arciformes.

Sur le même sujet, et pour venir à l'appui de ce que nous dirons plus loin, à savoir qu'il y a souvent, avec les hernies ombilicales congénitales de l'adulte, coexistence d'une hernie inguinale droite, nous avons trouvé, sur le sujet dont nous parlons, une hernie inguinale de ce côté.

Nous n'avons jamais rencontré de canal ombilical à ouverture en bas.

D'après les dissections faites à ce sujet, nous croyons pouvoir dire que le *fascia ombilicalis* existe dans la majorité des cas, qu'il délimite bien avec la paroi antérieure de l'abdomen un canal décrit par Richet; que ce canal peut parfaitement jouer, pour la hernie ombilicale, le rôle du canal inguinal pour la hernie inguinale, par un mécanisme, dont il est très facile de se rendre compte, en examinant les préparations sèches de fascia qui existent au laboratoire d'anatomie, et comme, d'ailleurs, M. Jaboulay a pu s'en rendre compte sur le vivant d'une façon indéniable.

ÉTIOLOGIE DES HERNIES OMBILICALES EN GÉNÉRAL

De toutes les tumeurs herniaires qui se fraient une voie à l'extérieur par des canaux naturels, hernies inguinale, crurale, ombilicale, cette dernière est sans contredit la moins fréquente, elle est beaucoup plus rare qu'on l'a dit, et A. Cooper, croyons-nous, est tombé dans l'erreur en écrivant : « Si j'avais fondé, sur le degré de fréquence des diverses hernies, l'ordre à suivre dans leur description, je n'aurais point hésité à placer la hernie ombilicale immédiatement après la hernie inguinale. »

Malgaigne et J. Cloquet, dans des statistiques à ce sujet, ont démontré l'erreur du chirurgien anglais, Gosselin est aussi de leur avis; et d'après un rapport de la Société des bandages de Londres, il serait établi, dit

S. Duplay, que, sur 100 cas de hernies, 80 sont inguinales, 10 crurales et 5 ombilicales.

« Chez les adultes, dit Gossslin, cette hernie est incontestablement plus rare que les inguinales et les crurales. On l'observe beaucoup plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Les causes prédisposantes anatomiques sont : 1° l'existence de points faibles au niveau et autour de l'ombilic; 2° l'affaiblissement plus grand soit de l'anneau ombilical, soit d'une éraillure circumvoisine par suite de la distension de la paroi comme celle qu'occasionnent l'ascite, la grossesse, un embonpoint considérable auquel succède un amaigrissement rapide. C'est surtout après plusieurs grossesses que la hernie devient apparente. Il faut donc s'attendre à la rencontrer non pas chez les jeunes femmes, mais chez des femmes de trente-cinq à quarante ans. Le plus ordinairement, il n'y a pas de causes occasionnelles spéciales, l'anneau une fois préparé par les causes prédisposantes, les viscères y sont poussés peu à peu par les efforts de chaque jour. La hernie ombilicale appartient plus souvent aux *hernies de faiblesse* qu'aux *hernies de force* de Malgaigne. »

ÉTILOGIE DES HERNIES OMBILICALES CONGÉNITALES

Telle est en général l'étiologie ordinaire des hernies ombilicales communes, mais l'étiologie des hernies ombilicales congénitales de l'adulte en diffère par certains points. En effet, nous voyons que ce qui caractérise la formation des hernies ombilicales ordinaires chez l'adulte ou le vieillard, c'est d'abord la poussée progressive et

insensible pour ainsi dire, de l'intestin dans l'ouverture herniaire ; et, en effet, nous avons vu plusieurs malades, porteurs de hernies ombilicales, qui nous ont dit ne s'être pas aperçus de la formation de leur hernie dès le premier jour.

Dans la hernie qui nous occupe, il n'en est pas ainsi. La hernie ne se produit pas insensiblement, mais brusquement, et, comme nous le verrons plus loin, le malade, lorsqu'on l'interroge, nous apprend généralement que sa hernie est survenue au moment où il se livrait à un travail pénible, et surtout au moment où son travail exigeait de sa part un effort plus considérable. Donc, ce ne sont pas des hernies de faiblesse, mais ce sont bien des hernies de force, produites par un mécanisme analogue à celui de la hernie inguinale.

A côté de cela, dans la hernie congénitale de l'adulte, il n'est pas nécessaire, puisque cette hernie se forme en suivant un canal préexistant, il n'est pas nécessaire qu'il y ait les causes prédisposantes énumérées dans l'étiologie des hernies ombilicales ordinaires : à savoir l'existence de points faibles au niveau de l'ombilic, l'affaiblissement de l'anneau, ou une éraillure circumvoisine. Car les hernies qui se produisent à la faveur de ces causes ne rentrent pas dans la catégorie de celle que nous étudions, et ne suivent souvent pas le canal ombilical.

Au point de vue du sexe, l'influence du sexe féminin semble aussi être absolument établie dans l'étiologie de la hernie ombilicale ordinaire ; et d'après les statistiques, cette hernie semble être beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Mais en est-il de même pour la hernie congénitale de l'adulte ? Nous ne le croyons pas,

et c'est encore un point qui nous servira à différencier cette hernie des hernies de faiblesse. En effet, à cause du mode de formation de cette hernie sous l'influence d'un effort, nous pensons que les hommes, de par les travaux plus pénibles auxquels ils se livrent, doivent être plus exposés que les femmes, et sans vouloir dire qu'il ne puisse pas s'en produire chez ces dernières, il est plus que probable que, dans la généralité des cas, les hernies que l'on trouve chez les femmes sont des hernies de faiblesse dues soit à des grossesses, soit à des éraillures de la ligne blanche.

Nous savons que l'hérédité joue un certain rôle dans l'étiologie des hernies inguinales. Pour les hernies ombilicales, quoique Vidal de Cassis ait signalé un fait d'hérédité de hernie ombilicale, rapporté dans la thèse de Roux (1856), nous ne savons s'il faut être bien affirmatif sur ce point. D'ailleurs le fait en question ne prouve pas absolument que ce soit de l'hérédité directe, car la hernie survint chez la malade au cours d'une grossesse.

Toutefois, ce qu'il importe de signaler et de constater, c'est la coexistence fréquente d'une hernie inguinale avec la hernie ombilicale. Fréquemment, en effet, les malades porteurs d'une hernie ombilicale sont atteints en même temps d'une hernie inguinale, et le plus souvent d'une hernie inguinale droite. C'est un fait dont nous ne pouvons donner aucune explication, mais dont la constatation a été faite très souvent, et qu'on ne peut expliquer que par une disposition congénitale.

SYMPTOMATOLOGIE DES HERNIES OMBILICALES EN GÉNÉRAL

La hernie ombilicale simple et réductible se présente généralement avec les caractères ordinaires des hernies abdominales, et peut, en raison du siège de la tumeur, se reconnaître aisément.

Elle se présente ordinairement sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, occupant la région ombilicale, augmentant de volume sous les efforts, pendant les secousses de la toux, ou même sous la seule influence de l'attitude verticale longtemps soutenue, se réduisant parfois spontanément lorsque le malade est couché, mais surtout sous l'influence de la compression exercée avec la main, et alors elle laisse après elle un orifice arrondi dont on peut percevoir aisément avec le doigt les contours fibreux et arrondis.

SYMPTOMATOLOGIE DES HERNIES OMBILICALES CONGÉNITALES

Les symptômes fonctionnels de la hernie ombilicale congénitale de l'adulte, sont à peu près les mêmes que ceux causés par les hernies en général. Ils consistent dans une gêne locale, dans des coliques plus ou moins vives, des troubles dans les phénomènes digestifs, et il faut remarquer que ces phénomènes, parfois peu accentués, sont d'autres fois hors de proportion avec le faible volume de la tumeur.

A l'aide de ces signes, et si l'on songe que ces hernies se produisent ordinairement à la suite d'un effort ou d'un

mouvement brusque, il sera le plus souvent facile de reconnaître une hernie ombilicale congénitale de l'adulte. Cependant, il pourrait arriver comme pour les autres genres de hernies ombilicales, que, dans le cas de tumeur peu volumineuse, l'examen le plus minutieux fût nécessaire pour faire le diagnostic, surtout si l'on avait affaire à un sujet un peu obèse.

Pour faire dans ces cas le diagnostic de hernie ombilicale ordinaire chez l'adulte, Vidal de Cassis disait qu'il était bon quelquefois de faire placer le malade de profil pour l'examiner dans cette position. Il conseille en outre d'appliquer l'oreille sur la région et même dans les cas de hernie épiploïque on entendrait suivant lui un frémissement particulier quand le malade fait un grand effort d'expiration. Ces procédés employés par le diagnostic de la hernie ombilicale ordinaire peuvent aussi bien être utiles dans le cas de hernie ombilicale congénitale de l'adulte.

D'ailleurs il faudrait que la hernie fût bien peu apparente et d'un très petit volume pour qu'il y eût méprise.

L'existence de la hernie ombilicale étant constatée, il faut reconnaître à quelle variété on a affaire et quels sont les organes qui la constituent.

Relativement au siège de la hernie, le diagnostic entre celle qui sort par l'anneau et celle qui a lieu par un point voisin de la ligne blanche est assez délicat. Si la cicatrice est étalée et ne présente pas de plis, la hernie doit généralement sortir par l'anneau, mais il n'en résulte pas pour cela que ces signes venant à manquer la hernie soit *adombilicale*. Richter indique les caractères différentiels suivants : « L'anneau ombilical est rond, et la hernie qui passe à travers a cette forme. La fente dans la ligne

blanche est toujours allongée et la hernie qui passe à travers l'est aussi ; les bords de l'anneau ombilical sont épais, plus fermes que les bords de la fente dans la ligne blanche, et enfin l'on peut, lorsque la hernie n'est pas trop volumineuse et ne recouvre pas entièrement l'anneau ombilical, sentir ordinairement cet anneau sur le côté de la hernie. »

Si l'on se souvient, en plus de ces signes, que la hernie ombilicale congénitale de l'adulte se produit brusquement et sous l'influence d'un effort, de mouvements violents, on arrivera généralement à faire le diagnostic de cette variété de hernie.

La hernie renferme-t-elle de l'intestin ou de l'épiploon ; On distinguera ces deux variétés à leurs caractères habituels, la tumeur sera sonore à la percussion dans le premier cas, et mate dans le second. La réduction de l'entéro-cèle s'accompagne d'un gargouillement qui manque dans l'épiplocèle. Enfin la coexistence de ces divers signes indiquera que l'on se trouve sans doute en présence d'une entéro-épiplocèle.

Entre une hernie graisseuse réductible et une épiplocèle également réductible, le diagnostic est parfois très délicat et on s'appuiera alors sur les commémoratifs.

COMPLICATIONS

Nous ne nous étendrons pas très longuement sur les complications qui peuvent survenir dans la hernie ombilicale congénitale de l'adulte et de l'adolescent, ces complications étant à peu près du même genre que celles qui surviennent dans les hernies ombilicales ordinaires.

Les hernies ombilicales de l'adulte peuvent se compliquer dans quelques cas de la présence d'autres hernies inguinales et crurales, et nous avons vu que le plus souvent il existe, en même temps qu'une hernie ombilicale, une hernie inguinale droite. Mais la plupart des accidents auxquels elle est exposée, résultent de phénomènes survenus dans la tumeur elle-même et qui, à peu près constamment, aboutissent à un résultat commun : l'irréductibilité.

On appelle étranglement, toute constriction exercée sur une partie quelconque, et y suspendant la circulation.

Une hernie sera donc dite étranglée toutes les fois que la constriction exercée sur son pédicule sera suffisante pour y supprimer l'irrigation sanguine. De plus, il est évident que dans l'intestin viendra s'y joindre un arrêt complet des matières. Les exomphales sont remarquables par la facilité avec laquelle elles augmentent de volume, ce qui est une conséquence naturelle de la difficulté de leur contention. Leur accroissement fait qu'elles deviennent pendantes, l'intestin hernié est alors le point de départ de douleur, le malade se plaint de flatulence, il ressent du malaise et des nausées qui le fatiguent beaucoup, et sont comparables à l'impression produite sur lui par des tentatives de réduction.

Ces faits sont plus fréquents dans la hernie ombilicale que dans toute autre espèce.

Entre ces phénomènes douloureux qu'elles occasionnent, les omphalocèles volumineuses rendent souvent les digestions pénibles et irrégulières, et on remarque chez les malades de fréquentes alternatives de diarrhée et de constipation.

La hernie ombilicale peut donc devenir irréductible, et cette irréductibilité se complique d'accidents sérieux. Qu'est-ce qui peut donc causer cette irréductibilité ? Les omphalocèles peuvent être irréductibles pour quatre causes :

- 1° Par engouement ;
- 2° Par adhérences ;
- 3° Par inflammation ;
- 4° Par étranglement.

1° Par engouement. — Suivant Malgaigne, les accidents décrits sous le nom d'engouement ne sont que l'inflammation limitée au sac herniaire ou propagée au contenu de la hernie, et on ne considère pas cet accident comme pouvant à lui seul rendre une hernie irréductible.

2° Par adhérences. — Les trois derniers états peuvent donner lieu à des symptômes souvent semblables et qui rendent le diagnostic de la cause de l'irréductibilité très difficile.

Pour A. Cooper, la cause de l'irréductibilité la plus fréquente serait l'adhérence de l'intestin et quatre-vingt-dix-neuf fois de l'épiploon ¹.

Cet accident est plus fréquent dans les hernies ombilicales que dans les hernies crurales ou inguinales.

On peut l'expliquer par le volume qu'atteignent rapidement ces hernies, leur difficulté de contention la minceur des enveloppes, et le frottement continu qui amène facilement l'état d'irritation nécessaire à la production de brides pseudo-membraneuses.

¹ A. Cooper, *Œuvres chirurgicales*, trad. Chassaignac.

Dans ce cas, il peut y avoir des douleurs et des nausées ; et si depuis douze, vingt-quatre, trente-six heures il n'y avait pas eu de selles, si le malade surtout avait eu des vomissements fécaloïdes, on pourrait se trouver entraîné par la gravité des symptômes à agir comme dans le cas d'étranglement. Enfin, il faut se servir des commémoratifs, si la hernie est depuis longtemps irréductible et a déjà produit ces accidents, on pourrait penser à l'adhérence, plutôt que si elle était ordinairement maintenue ; dans ce cas, l'étranglement serait plus probable.

3° Par inflammation. — Elle devient dans ce cas irréductible à peu près par les mêmes causes que dans le cas précédent et donne lieu aux symptômes suivants : La tumeur devient irréductible, avec des coliques violentes, sans grand changement dans la couleur de la peau, il y a de la constipation et des vomissements. Il faut, pour qu'ils aient toute leur valeur, que ces symptômes concordent avec un volume considérable de la hernie, sa non-contention habituelle ou une irréductibilité de longue date.

4° Par étranglement. — « Les symptômes de l'étranglement, dit M. Le Dentu ¹, envisagés en masse sont très analogues à ceux indiqués comme propres à l'inflammation des hernies. Tumeur irréductible douloureuse, peau sans aspect spécial. Constipation, vomissements, hoquet ; le ventre est ballonné, les traits s'altèrent et la température s'abaisse.

En même temps le volume de la hernie augmente, les vomissements d'abord alimentaires deviennent bilieux, puis fécaloïdes. Mais comme on retrouve à peu près ces

¹ *Dictionnaire en 30 volumes*, t. XVII, p. 588.

symptômes dans l'inflammation, ils auront surtout une grande valeur s'ils surviennent si la hernie, peu volumineuse, était habituellement réductible. Une hernie volumineuse, au contraire, et habituellement irréductible ferait plutôt songer à l'inflammation.

CHAPITRE IV

Nous avons vu que la hernie ombilicale s'observait tantôt au début de l'existence, chez les nouveau-nés, ou les petits enfants (nous ne parlons pas de la hernie embryonnaire), tantôt à l'âge mûr.

Nous avons vu qu'il est une période de la vie qui semble ne pas être atteinte par cet accident, c'est la période de l'adolescence et de l'âge adulte, du moins chez l'homme, car la femme peut présenter des hernies de faiblesse à la suite des accouchements.

Cette variété de hernie est due en effet, en pareil cas, à la distension de l'orifice ombilical, ou à une éraillure produite dans le voisinage de la cicatrice, à la paroi abdominale, à la suite de l'ampliation exagérée de la cavité, et comme c'est encore à la trop grande largeur de l'orifice ombilical, en retard dans son processus de cicatrisation et de fermeture, qu'on peut attribuer la hernie du nouveau-né, on peut dire que la hernie ombilicale est le plus souvent une hernie de faiblesse.

Cependant on peut (et nous avons pu voir des cas de ce

genre) trouver une hernie ombilicale chez de jeunes hommes, qui portent en même temps une hernie inguinale droite péritonéo-vaginale, congénitale.

Chez un jeune homme de dix-neuf ans, M. Jaboulay a opéré l'une et l'autre :

La hernie ombilicale était survenue à la suite d'efforts, faits pour soulever des fardeaux, comme d'ailleurs la hernie inguinale. Le malade était peintre en bâtiments ;

La hernie ombilicale était de la grosseur d'un marron, arrondie, dépressible, mollassse comme une épiplocèle. Une incision verticale mena directement sur elle, et après l'ouverture du péritoine, l'épiploon apparut.

Avec une sonde cannelée, M. Jaboulay explora l'orifice par où elle faisait saillie. Cet orifice conduisit dans un trajet obliquement ascendant qui menait dans la grande cavité péritonéale. Ce trajet avait 4 ou 5 centimètres de longueur ; mais il était impossible de pénétrer dans la cavité abdominale par des manœuvres antéro-postérieures. C'est dire que la hernie épiploïque s'était faite dans un véritable canal tout à fait analogue au canal inguinal. C'est en effet ce que M. Jaboulay put constater *de visu* en incisant la paroi antérieure au-dessus de l'ombilic sur une hauteur correspondant à la longueur du trajet. Après cette incision, l'épiploon était à nu, et derrière lui, le séparant encore de la grande cavité péritonéale, une membrane fibreuse verticale réunie en bas au pourtour de l'ombilic, se terminant en haut en un rebord falciforme. Ce rebord limitait la partie inférieure de l'orifice supérieure du trajet. L'épiploon fut reséqué et suturé entre des fils à chaîne, et le canal ombilical que l'on a reconnu dans cette description, et dont la paroi antérieure avait été incisée, apparut

vide avec le *fascia ombilicalis* pour paroi postérieure. Nous avons sur le vivant, dit M. Jaboulay, la préparation du canal que Richet a si bien décrit, et que souvent d'ailleurs, nous avons rencontré dans nos dissèctions.

Dans le cas que nous étudions, ce canal avec sa doubleure péritonéale a une importance de premier ordre, on peut dire qu'il a été la raison d'être de la formation de cette hernie autant que le canal vagino-péritonéal dans la persistance de son trajet entier, ou d'une ou de plusieurs de ses parties, est la raison d'être des hernies inguinales congénitales. Notre malade avait d'ailleurs, suivant la règle, ces deux variétés de hernies : à l'ombilic et au canal inguinal droit. Aussi, l'absence du canal ombilical aurait-elle valu à notre malade, de n'être pas atteint de hernie dans cette région, car, à son âge, on n'a pas de hernie ombilicale.

Il guérit d'ailleurs facilement de sa hernie inguinale, que M. Jaboulay opéra en même temps que l'autre, par le procédé de Bassini. Il y eut une anicroche pour la hernie ombilicale. En effet, la ligature de l'épiploon et sa résection donnèrent lieu à un abcès enkysté du péritoine, dû probablement à l'infection des fils de catgut qui avaient servi à faire à la ligature.

Trente jours après la kélotomie, le malade avait des frissons, 40 degrés, une douleur vive sous-ombilicale et du gonflement profond à ce niveau, enfin, deux cordons de lymphangite qui allaient aux ganglions du pli de l'aîne à droite.

Une incision faite sur la collection fit sortir du pus à odeur infecte, des débris d'épiploon sphacelés et putréfiés, et, enfin, les fils de catgut, qui étaient restés, chose

curieuse, intacts et sans trace de résorption, certainement à cause de l'infection des tissus ambiants.

La guérison fut rapide après cette seconde intervention.

Pour obtenir la cure radicale de la hernie ombilicale, M. Jaboulay, avait simplement suturé le bout supérieur du *fascia ombilicalis* à la paroi antérieure du canal, qui fut au-dessous reconstituée par des sutures.

Ainsi, un premier point à retenir dans cette observation, c'est la coexistence sur le même individu, un jeune homme de dix-neuf ans, d'un canal péritonéo-vaginal, et d'un canal ombilical, devenant l'un et l'autre, simultanément, l'origine d'une hernie.

De même que tous les cas où persiste le canal vagino-péritonéal ne s'accompagnent pas de hernie inguinale, de même, les cas où se trouve le canal ombilical ne sont pas forcément suivis de hernie ombilicale. Mais pour qu'une hernie ombilicale se produise chez un adolescent, un jeune homme ou un homme mûr, dont les parois abdominales n'ont pas subi les effets de la distension, il est nécessaire que ce trajet, qui est certainement plus fréquent que ne le pensent Richard et Sachs, existe. Il vaut à l'ombilic, le canal vagino-péritonéal, à la région inguinale, et, grâce à ces dispositions anatomiques, le nom de hernie ombilicale, congénitale, paraît convenir à la hernie que nous décrivons, autant que celui de hernie inguinale, congénitale, convient à la hernie dans le canal vagino-péritonéal, lors même qu'elle n'apparaît que longtemps après la naissance.

Mais il y a encore d'autres points sur lesquels on peut établir cette assimilation et cette comparaison. La hernie

inguinale congénitale est dépourvue d'une enveloppe fibreuse persistante. Comme l'a fort bien décrit Aug. Broca, elle n'a autour d'elle que les couches du cordon, dont la plus résistante est celle que l'on appelle la membrane fibreuse en exagérant la résistance, mais quand on la compare à la hernie inguinale acquise, on voit qu'il en est tout autrement pour les couches ambiantes. Il en est une qui est particulièrement solide, elle dépend du *fascia transversalis*, qui a été refoulé, et a servi de coiffe. La même différence se retrouve dans la hernie du canal ombilical, et la hernie ombilicale par distension, nous ne parlons pas de la hernie ombilicale par éraillure et perte de substance.

La première, lorsqu'elle se présente à la partie supérieure de l'ombilic, et qu'elle refoule celui-ci, n'a pour enveloppe que le tégument avec la doublure cellulaire : la seconde, en outre, est enveloppée, au contraire, d'une membrane fibreuse qui dépend de la ligne blanche, du moins au début. et avant qu'une déchirure n'ait été produite dans ce revêtement résistant par une trop grande distension.

Comme la hernie inguinale congénitale, la hernie du canal ombilical est oblique dans sa direction, et non directe et antéro-postérieure comme l'est la hernie ombilicale acquise par distension ou par éraillure. Comme la hernie inguinale congénitale, elle contient de l'épiploon et presque toutes les hernies congénitales sont des épiplocèles.

Il y a donc une analogie évidente entre les hernies inguinales et les hernies ombilicales : hernies obliques, dans le canal, qui sont dues le plus souvent à l'existence d'une disposition anatomique particulière et non constante, canal vagino-péritonéal ou canal ombilical. Ce sont des

hernies de force, et la même division qui a été adoptée pour l'une de ces variétés peut être adoptée pour l'autre.

Reste enfin un point à discuter : l'existence du canal ombilical fibreux, tel qu'il a été décrit par Rochet, suffit-elle pour la production de la hernie que nous voudrions voir entrer dans les descriptions didactiques, ou bien doit-elle être doublée de la présence à l'intérieur de ce canal d'un autre canal ombilical *péritonéal*?

La présence de l'un et de l'autre, l'invagination du second dans le premier, sont les conditions de l'apparition de cette hernie qui n'est pas une hernie par glissement, et l'origine de la doublure péritonéale dans le canal de Richet est congénitale, comme est congénital le canal péritonéo-vaginal ou un diverticule propéritonéal.

Et, à propos de cette assertion de l'existence possible d'un canal péritonéal intra-ombilical, ne pourrait-on réformer certaines notions classiques sur les relations de cause à effet entre la descente du testicule et la production d'un diverticule péritonéal le long du cordon spermatique?

Le canal de Nüeck est-il dû à la migration d'un organe? Et n'observe-t-on pas des hernies inguinales, même dans le cas d'ectopie testiculaire?

Pour le canal ombilical, la veine ombilicale vaut ce que valent les éléments du cordon pour le canal inguinal.

On peut donc dire que les malformations péritonéales consistant en poches ou canaux centrifuges sont congénitales, qu'elles ont des lieux d'élection, dans les parois abdominales, parmi lesquels se trouve le trajet ombilical. Et, d'ailleurs, s'il est un point de la paroi abdominale où les diverticules congénitaux du péritoine doivent exister,

n'est-ce pas celui où a existé la communication entre le coelome externe et le coelome interne ?

Traitement. — Lorsqu'on se trouve en présence d'une hernie ombilicale congénitale de l'adolescent ou de l'adulte, quelle conduite faut-il tenir ? Nous ne parlerons, que pour le rejeter, du traitement illusoire qui consiste à faire porter au malade un bandage ou une ceinture. Ce procédé en effet est un simple moyen plus ou moins palliatif, et nous ne pensons pas qu'il puisse aboutir à une guérison définitive.

Il faudra donc en pareil cas avoir recours à une intervention sanglante, et faire la cure radicale de la hernie.

Il est inutile de dire que la cure radicale de la hernie ombilicale congénitale est une opération qui ne peut être pratiquée que sous la garantie de l'application la plus rigoureuse de l'antisepsie et de l'asepsie.

Par conséquent le malade doit être soigneusement désinfecté au moins localement, et il faut avoir soin autant que possible de lui débarasser un jour ou deux avant l'opération, l'intestin par une purgation, et, le jour même de l'opération, on peut lui donner un lavement pour achever de vider l'intestin.

Ces précautions prises, et le malade étant anesthésié, on commence l'opération :

Le premier temps consiste à faire au niveau de la tumeur une incision verticale, et à diviser la peau et le tissu cellulaire avec précaution, couche par couche jusqu'à ce qu'on arrive sur le sac herniaire. Lorsque l'on arrive sur le sac péritonéal, on l'ouvre avec précaution, et l'on voit si l'on a affaire à de l'intestin ou de l'épiploon.

Si l'on a affaire à une hernie épiploïque comme dans le

cas qui s'est offert à M. Jaboulay, il n'y a qu'à suivre la conduite de ce chirurgien et réséquer l'épiploon après l'avoir suturé entre des fils à chaîne; si (ce qui doit être assez rare), c'est une entérocele, il faut réduire l'anse intestinale dans la cavité abdominale.

Que faut-il faire maintenant pour empêcher la reproduction de la hernie, et quel genre de suture faut-il employer pour refermer la plaie abdominale?

Dans une série d'articles parus dans le *Lyon médical* et la *Province médicale*, M. Condamin a proposé un procédé nouveau, l'omphalectomie totale, pour la cure radicale de la hernie ombilicale et il l'a employé plusieurs fois, d'ailleurs avec succès.

Mais nous ne croyons pas que ce procédé doive être appliqué si l'on a affaire à une hernie ombilicale congénitale de l'adolescent ou de l'adulte et voici pourquoi :

Les malades qui ont été opérés par le procédé de l'omphalectomie étaient des malades âgés ou des femmes, et chez eux par conséquent on avait affaire à des hernies de faiblesse qui étaient des hernies directes.

Dans le cas dont nous nous occupons, au contraire, la hernie se forme obliquement en suivant un trajet déterminé, trajet qui est limité en arrière par le *fascia ombilicalis*.

C'est justement à cause de la présence de ce fascia que nous ne pensons pas qu'il soit utile dans ce cas de pratiquer l'omphalectomie totale.

En effet en employant ce procédé, on court le risque de sectionner, en même temps que le lambeau de paroi abdominale que l'on enlève, une grande partie des points d'insertion du *fascia ombilicalis* sur cette paroi, et par là

même et on perd le bénéfice que l'on pouvait retirer de cette aponévrose comme moyen mécanique de s'opposer à la reproduction d'une hernie, et on donne au malade une chance de plus d'avoir plus tard une hernie ombilicale directe.

Aussi pensons-nous (dans le cas seulement de hernie ombilicale congénitale de l'adolescent) qu'il est préférable de s'en tenir au procédé employé par M. Jaboulay, et une fois l'épiploon réséqué ou l'intestin réduit selon le cas, de suturer simplement le bout supérieur du *fascia ombilicalis* à la paroi antérieure du canal, et de reconstituer ensuite celui-ci par des sutures. De la sorte on a oblitéré l'orifice supérieur du canal, et sans rien faire perdre de sa résistance au *fascia ombilicalis*, on a cette aponévrose intacte qui s'oppose à la formation d'une hernie directe.

CONCLUSIONS

I. Le *fascia ombilicalis*, visible sur presque tous les sujets, est très nettement appréciable chez les sujets jeunes et vigoureux et sert à former avec la paroi abdominale antérieure le canal ombilical.

II. A part les trois variétés de hernies ombilicales admises dans les traités classiques, il en existe une quatrième que l'on peut appeler, à cause de son analogie avec la hernie inguinale congénitale, *hernie ombilicale congénitale de l'adolescent et de l'adulte*.

III. Cette hernie, qui est une *hernie de force* ne se rencontre généralement pas chez les vieillards.

IV. Elle se produit sous l'influence d'un effort et suit toujours le canal ombilical.

V. Le traitement à employer dans ce genre de hernie consiste à suturer le bord supérieur du *fascia*

ombilicalis à la paroi abdominale antérieure, sans faire d'omphalectomie, car cette dernière opération peut faire perdre le bénéfice qu'on peut retirer du *fascia ombilicalis* comme obstacle mécanique à la production de hernies ombilicales directes.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FOCHIER

Vu, bon à imprimer

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
A. GAYET

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
EM. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Richet. — Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale.
- Blandin. — Anatomie des régions, p. 532.
- Vidal de Cassis. — Traité de pathologie externe.
- Gosselin. — Hernies abdominales.
- Duplay. — Thèse, concours 1866. — Pathologie externe.
- Ch. Feré. — Etude sur les orifices herniaires et les hernies abdominales des nouveau-nés et des enfants à la mamelle (Rev. méd. et chirurg., 1879).
- Marduel. — Art. OMBILIC. Dict. en 30 vol.
- R. Condamin. — Du *fascia umbilicalis* (Province médicale, 1893.)
- Kocher. — Die Hernien in Kinderalter (in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, Tübingen, 1880).
- H. Sachs. — Die Fascia umbilicalis und deren Beziehung zum Nabelringbruch bei Kindern. (Arch. für pathologische Anatomie und Physiologie, 1887).
- Richard. — Mode de formation des hernies ombilicales (th. Paris 1876.)
- J.-L. Petit. — Maladies chirurgicales, t. II, p. 250.
- Richter. — Traité des hernies, t. II, page 163.
- Scarpa. — Traité pratique des hernies, page 315.

- Boyer. — Traité des maladies chirurgicales, t. VII, page 301.
A. Cooper. — Œuvres chirurgicales. Traduction Chassaignac.
Broca. — Bulletin Société anatomique, 1852.
Foucher. — — — — 1854.
Dolbeau. — — — — 1857.
Garengot. — Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. III. p. 341.
Schmucker. — Chirurgische Wahrnehmungen, t. II, p. 221.
Sandifort. — Observationes anatomico-pathologicæ.
Morgagni. — De sedibus et causis morborum, épître 43, n° 7.
Heister. — Institut. chirurg.
Sabatier. — Méd. op., tome I, p. 156.
Lassus. — Méd. op., t. I, p. 236.
Hutin. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1861.
Marc Sée. — Bulletin de la Société anatomique, 1851.
-

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie topographique de la région abdominale antérieure, du fascia ombilicalis, et du canal ombilical. — Opinion des auteurs	9
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique de la hernie ombili- cale. — Trajet, enveloppes, contenu.	27
CHAPITRE III. — Etiologie et symptomatologie comparées des hernies ombilicales, en général, et des hernies ombilicales congénitales.	43
CHAPITRE IV. — Observations de hernie ombilicale congé- nitale de l'adolescent. — Traitement.	56
CONCLUSIONS	65
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	67

